

中国人民财产保险股份有限公司

个人住院医疗保险（互联网专属）条款

注册号：C00000232512022070832573

1 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人与保险人认可的、与保险合同有关的其它书面协议（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

1.2 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人，或在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的其他自然人或特定主体可作为本保险合同的投保人。

1.3 被保险人

年龄在 0 至 100 周岁（含）（见释义）、首次投保时或非续保投保时身体健康、能正常工作、生活的自然人可作为本保险合同的被保险人。投保时被保险人为 0 周岁的，应当为出生满 30 日（含）且已健康出院的婴儿。除另有约定外，保险人接受被保险人首次投保或非续保投保的年龄不超过 65 周岁。

1.3.1 被保资格的获得

本保险合同为首次投保或非续保投保的，被保险人获得被保资格的日期指本保险合同的保险期间起始日。本保险合同为续保的，被保险人获得被保资格的日期指续保对应首张保险合同的保险期间起始日。

1.3.2 被保资格的丧失或终止

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同保险期间终止且被保险人未续保的，则被保险人的被保资格随保险期间终止而终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

1.4 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

经保险人同意，投保人可在投保 2.1.1 一般医疗保险责任、2.1.2 重大疾病医疗保险责任的基础上，选择投保 2.1.3 质子重离子医疗保险责任、2.1.4 重大疾病确诊津贴保险责任、2.1.5 重大疾病异地转诊公共交通费用保险责任中的一项或多项，并在保险单中载明。所投保的保险责任一经确定，在本保险合同保险期间内不得变更。在保险期间内，保险人按照已选择投保保险责任的约定承担给付保险金责任，且保险人累计给付各项保险金之和不超过总保险金额。

2.1.1 一般医疗保险责任（必选）

被保险人自获得被保资格之日起遭受意外伤害（见释义）或自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期（见释义）后罹患本保险合同约定重大疾病（见释义）以外的其他疾病，在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门和台湾地区）二级（含）及以上公立医院（见释义）或保险人认可的医疗机构（见释义）的普通部接受治疗的，对于其在保险期间内向上述医院或医疗机构累计支出的 2.1.1.1-2.1.1.4 中必需且合理（见释义）的医疗费用，保险人按照 2.1.6.1 一般医疗、重大疾病医疗保险金给付标准的约定，在一般医疗保险金额范围内计算并给付保险

金。

除另有约定外, 保险人承担保险责任的范围不包括上述医院或医疗机构的家庭病床(房)、特需医疗、外宾医疗、国际部、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 病房, 以及其他不属于社会基本医疗保险(见释义)范畴的门诊、急诊、病房、住院部。

2.1.1.1 住院医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的住院(见释义)治疗时, 发生的必需且合理的住院医疗费用, 包括床位费(见释义)、加床费(见释义)、膳食费(见释义)、护理费(见释义)、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费(见释义)、治疗费(见释义)、药品费(见释义)、手术费(见释义)、救护车使用费(见释义)。

保险期间届满被保险人仍在住院治疗的, 保险人承担给付保险金的期限可自保险期间届满次日起延长至出院之日止, 但最长以 30 日为限。

2.1.1.2 特殊门诊医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的特殊门诊治疗时, 发生的必需且合理的如下特殊门诊治疗费用, 包括:

(1) 门诊肾透析费;

(2) 恶性肿瘤——轻度(见释义)门诊治疗费, 包括化学疗法(见释义)、放射疗法(见释义)、肿瘤免疫疗法(见释义)、肿瘤内分泌疗法(见释义)、肿瘤靶向疗法(见释义)的治疗费用;

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

2.1.1.3 门诊手术费用

被保险人接受符合本保险合同约定的门诊治疗且必须接受门诊手术时, 发生的必需且合理的手术费。

2.1.1.4 住院前后门急诊医疗费用

被保险人接受符合本保险合同约定的住院的, 在住院前 7 日(含住院当日)和出院后 30 日(含出院当日)内, 因与该次住院相同原因而接受符合本保险合同约定的门急诊治疗时, 发生的必需且合理的门急诊医疗费用(但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术费用)。

2.1.2 重大疾病医疗保险责任(必选)

被保险人自获得被保资格之日起发生以下情况之一, 并被专科医生(见释义)确诊为本保险合同约定的重大疾病, 在中华人民共和国境内(不包括香港、澳门和台湾地区)二级(含)及以上公立医院或保险人认可的医疗机构的普通部接受治疗的, 对于被保险人在保险期间内向上述医院或医疗机构累计支出的 2.1.2.1-2.1.2.4 中必需且合理的医疗费用, 保险人按照 2.1.6.1 一般医疗、重大疾病医疗保险金给付标准的约定, 在重大疾病医疗保险金额范围内计算并给付保险金。

(1) 被保险人遭受意外伤害, 并因该意外伤害造成本保险合同约定的一种或多种重大疾病首次发病(见释义);

(2) 被保险人经过本保险合同约定的等待期后, 非因意外伤害造成本保险合同约定的一种或多种重大疾病首次发病。

除另有约定外, 保险人承担保险责任的范围不包括上述医院或医疗机构的家庭病床(房)、特需医疗、外宾医疗、国际部、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 病房, 以及其他不属于社会基本医疗保险范畴的门诊、急诊、病房、住院部。

2.1.2.1 重大疾病住院医疗费用

被保险人因罹患重大疾病经医院诊断必须住院治疗的, 对于住院期间发生的必

需且合理的重大疾病住院医疗费用，包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费。

保险期间届满被保险人仍在住院治疗的，保险人承担给付保险金的期限可自保险期间届满次日起延长至出院之日止，但最长以 30 日为限。

2.1.2.2 重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人因罹患重大疾病在医院接受特殊门诊治疗期间发生的以下必需且合理的重大疾病特殊门诊医疗费用，包括：

- (1) 门诊肾透析费；
- (2) **恶性肿瘤——重度**（见释义 9.4 中“（一）”）门诊治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

2.1.2.3 重大疾病门诊手术医疗费用

被保险人因罹患重大疾病在医院接受门诊手术治疗期间发生的必需且合理的重大疾病门诊手术费用。

2.1.2.4 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

被保险人因重大疾病接受符合本保险合同约定的住院的，被保险人在住院治疗前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受重大疾病门诊急诊治疗发生的必需且合理的医疗费用（**但不包括重大疾病特殊门诊医疗费用、重大疾病门诊手术医疗费用**）。

2.1.3 质子重离子医疗保险责任（可选）

被保险人自获得被保资格之日起经过本保险合同约定的等待期后首次发病并被专科医生确诊为本保险合同约定的“**恶性肿瘤——重度**”，在保险单载明的特定医疗机构接受质子、重离子放射治疗的，对于其在保险期间内向特定医疗机构支付的必需且合理的质子重离子医疗费用，保险人按照 2.1.6.2 质子重离子医疗保险金给付标准的约定，在质子重离子医疗保险金额范围内计算并给付质子重离子医疗保险金。

保险人承担保险责任的质子重离子医疗费用指如下医疗费用：床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费，**但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费**。投保人、保险人双方还可选择约定每日床位费给付限额，并在保险单中载明，保险人承担给付保险金责任的每日床位费金额不超过每日床位费给付限额。

保险期间届满被保险人仍在住院治疗的，保险人承担给付保险金的期限可自保险期间届满次日起延长至出院之日止，但最长以 30 日为限。

2.1.4 重大疾病确诊津贴保险责任（可选）

被保险人自获得被保资格之日起发生以下情况之一，并在保险期间内被专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的重大疾病中的一种或多种，保险人按照重大疾病确诊津贴保险金额向被保险人给付重大疾病确诊津贴保险金，同时本项保险责任终止。

(1) 被保险人遭受意外伤害，并因该意外伤害造成本保险合同约定的一种或多种重大疾病首次发病；

(2) **被保险人经过本保险合同约定的等待期后**，非因意外伤害造成本保险合同约定的一种或多种重大疾病首次发病。

2.1.5 重大疾病异地转诊公共交通费用保险责任（可选）

被保险人自获得被保资格之日起发生以下情况之一,并在保险期间内被专科医生确诊初次罹患本保险合同约定的重大疾病中的一种或多种,因病情需要跨省、自治区或直辖市(仅限中华人民共和国境内,不包括境外及香港、澳门和台湾地区)住院治疗,经被保险人申请,由转出医院开具转院证明,保险人对被保险人在保险期间内发生的合理且必要的因异地转诊产生的**客运公共交通(见释义)**及救护车费用,在重大疾病异地转诊公共交通费用保险金额范围内,按照约定的给付标准给付保险金。

(1) 被保险人遭受意外伤害,并因该意外伤害造成本保险合同约定的一种或多种重大疾病首次发病;

(2) 被保险人经过本保险合同约定的等待期后,非因意外伤害造成本保险合同约定的一种或多种重大疾病首次发病。

除另有约定外,本项保险责任对应保险金的给付标准如下:飞机舱位级别最高以经济舱(包含超级经济舱)为限,火车(含地铁、轻轨、动车、其他高速列车)以软卧或一等座为限。

2.1.6 保险金给付标准

2.1.6.1 一般医疗、重大疾病医疗保险金给付标准

(1) 对于被保险人在保险期间内非因重大疾病累计支出的符合本保险合同 2.1.1 约定的医疗费用(以下公式中简称为“累计合理医疗费用”),保险人按照下列公式计算保险金:

①若被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿金额[不含社会基本医疗保险、公费医疗和大病保险(见释义)已补偿金额]超过免赔额(见释义)的,保险金计算公式为:

$$\text{保险金} = (\text{累计合理医疗费用} - \text{社会基本医疗保险、公费医疗和大病保险已补偿金额} + \text{其他途径已获得的医疗费用补偿金额}) \times \text{给付比例}$$

②若被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿金额(不含社会基本医疗保险、公费医疗和大病保险已补偿金额)不超过免赔额的,保险金计算公式为:

$$\text{保险金} = (\text{累计合理医疗费用} - \text{社会基本医疗保险、公费医疗和大病保险已补偿金额} - \text{免赔额}) \times \text{给付比例}$$

(2) 对于被保险人在保险期间内因重大疾病累计支出的符合本保险合同 2.1.2 约定的医疗费用(以下公式中简称为“累计合理重大疾病医疗费用”),保险人在计算保险金时,不设置免赔额,按如下公式计算保险金:

$$\text{保险金} = (\text{累计合理重大疾病医疗费用} - \text{社会基本医疗保险、公费医疗和大病保险已补偿金额} + \text{其他途径已获得的医疗费用补偿金额}) \times \text{给付比例}$$

(3) 前述免赔额、给付比例由投保人、保险人双方协商确定,并在保险单中载明。若被保险人以参加社会基本医疗保险身份投保,但未以参加社会基本医疗保险身份就诊并结算的,则保险人在上述保险金计算公式的基础上再乘以 60% 计算应给付的保险金。被保险人参加公费医疗的,视同参加社会基本医疗保险。

2.1.6.2 质子重离子医疗保险金给付标准

对于被保险人在保险期间内累计支出的符合本保险合同 2.1.3 约定的质子重离子医疗费用(以下公式中简称为“累计质子重离子医疗费用”),保险人按照下列公式计算保险金:

$$\text{保险金} = (\text{累计质子重离子医疗费用} - \text{社会基本医疗保险、公费医疗和大病保险已补偿金额} + \text{其他途径已获得的医疗费用补偿金额}) \times \text{给付比例}$$

给付比例由投保人、保险人双方协商确定,并在保险单中载明。

2.1.7 补偿原则

本保险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余部分医疗费用，按照本保险合同的约定承担给付保险金的责任。

2.2 责任免除

2.2.1 因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (3) 被保险人因挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (4) 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；
- (5) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- (6) 被保险人在获得被保资格前所患既往症（见释义）及保险单中特别约定的除外疾病和情形；
- (7) 被保险人在获得被保资格之日起 120 天内接受扁桃体腺、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；
- (8) 遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；
- (9) 被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- (10) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (11) 被保险人接受以保健（见释义）为目的的疗养、特别护理、静养，康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；
- (12) 被保险人接受包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- (13) 被保险人作为器官捐赠方接受器官捐赠手术；
- (14) 被保险人接受美容手术、矫形手术、变性手术或非因意外伤害而进行的整形手术；
- (15) 被保险人接受皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；被保险人接受雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；被保险人接受对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；被保险人进行激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸；
- (16) 被保险人接受试验性药物或治疗；
- (17) 被保险人进行或接受健康检查、看护、保健或任何与疾病、意外伤害无直接关系的咨询、检查和治疗；
- (18) 战争、军事行动、暴乱或武装叛乱及政府强制行为；
- (19) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (20) 被保险人酒后驾驶（见释义）、无合法有效驾驶证（见释义）驾驶，或驾驶无合法有效行驶证（见释义）的机动车；
- (21) 被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；被保险人从事或参加高风险运动（见释义）；

(22) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）；

(23) 被保险人非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正、因矫正视力而作的眼科验光检查，以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等）；

(24) 被保险人分娩、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查、变性以及由以上原因引起的并发症；

(25) 职业病（见释义）、医疗事故（见释义）。

2.2.2 对于以下医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

(1) 等待期内被保险人发生的医疗费用；

(2) 等待期内被保险人已经发生的疾病、症状或病理改变且延续到等待期以后进行的任何诊断或治疗所发生的医疗费用；

(3) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；

(4) 未经医生处方自行购买的药品费用；在非本保险合同约定医院或医疗机构药房购买药品发生的费用；医生开具的单次超过 30 天部分的药品费用；

(5) 被保险人未在保险单载明的特定医疗机构接受质子、重离子放射治疗发生的医疗费用；

(6) 被保险人不符合入院标准、挂床住院（见释义）产生的医疗费用；被保险人应当出院而拒不出院，从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用。

2.2.3 因下列情形之一导致被保险人发生 9.4 约定的疾病、达到 9.4 约定的疾病状态或进行 9.4 约定的手术的，保险人不承担 2.1.4 保险责任：

(1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(2) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

(3) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

(4) 被保险人服用、吸食或注射毒品；

(5) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无合法有效行驶证的机动车；

(6) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

(7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

(8) 核爆炸、核辐射或核污染；

(9) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。

2.2.4 被保险人自获得被保资格之日起，在等待期内首次发病，并在等待期内或延续至等待期后被专科医生确诊为 9.4 约定的重大疾病的，保险人不承担给付保险金责任，对该被保险人的保险责任终止，如该被保险人未获得过保险金赔付的，保险人向投保人无息退还该被保险人的保险费。

2.3 保险金额

被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

一般医疗保险金额、重大疾病医疗保险金额、质子重离子医疗保险金额、重大疾病确诊津贴保险金额、重大疾病异地转诊公共交通费用保险金额和总保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。保险人累计给付各项保险金之和不超过总保险金额。

被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

2.4 保险期间

本产品保险期间为 1 年，以保险单载明的起讫时间为准。

2.5 续保

本保险合同为不保证续保合同，保险期间届满前或保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人的续保申请：

- (1) 本产品已停售；
- (2) 被保险人身故；
- (3) 投保人对于保险人就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保，保险人已经解除保险合同的；
- (4) 本保险合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

被保险人既往已投保保险人的其他同类产品，投保人可向保险人申请续保本产品，经保险人审核同意并在保险单中载明，视同续保。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

保险费根据投保人选择的保障计划以及被保险人的风险状况（如健康状况、年龄等）和交费方式而定，并在保险单中载明。本合同保险费交付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性交付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费。保险费交清前，本保险合同不生效，对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期交付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险单中载明保险费分期交付的周期。在交纳首月保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日（见释义）交纳其余各月对应期次的保险费。若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，保险人允许投保人在合同约定的交费延长期内补交对应期次的保险费。除保险合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或交费延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金，但须投保人先行补交剩余全年保险费，补交金额为保险合同约定的全年保险费总额扣减投保人已交纳的保险费。

若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，且在保险合同约定的交费延长期内仍未足额补交当期保险费，保险期间在上一交费周期结束之日起终止，对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

除另有约定外，交费延长期为 20 天。

3.2 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

3.3 住址或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

3.4 职业和工种变更通知义务

被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，如该被保险人未获得过保险金赔付的，保险人将退还现金价值（见释义）。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的,且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的,保险人不承担给付保险金的责任,如该被保险人未获得过保险金赔付的,则自其职业或工种变更之日起,保险人按日计算退还现金价值,本保险合同终止。

3.5 其他内容变更通知义务

在保险期间内,投保人需变更合同内容的,应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单,并在本保险合同中批注。若被保险人已身故,则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

3.6 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后,投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人,并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。故意或者因重大过失未及时通知,致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的,保险人对无法确定的部分,不承担给付保险金责任,但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定,不包括因不可抗力(释义)而导致的迟延。

4 保险人义务

(1) 本保险合同成立后,保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

(2) 保险人认为投保人、被保险人或者受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的,应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

(3) 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后,应当及时作出是否属于保险责任的核定;情形复杂的,应当在三十日内作出核定。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的,保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起三十日内作出核定。本保险合同另有约定的除外。

(4) 保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人;对属于保险责任的,在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内,履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的,保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后,对不属于保险责任的,应当自作出核定之日起一个工作日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书,并说明理由。

(5) 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内,对其赔偿保险金的数额不能确定的,应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付;保险人最终确定给付的数额后,应当支付相应的差额。

5 保险金申请

保险金申请人(见释义)向保险人申请给付保险金时,应填写保险金给付申请书,并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的,应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的,还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。保险人按照本保险合同的约定,认为有关的证明和资料不完整的,应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。**保险金申请人未能提供有关材料,导致保险人无法核实该申请的真实性的,保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

(1) 保险金给付申请书;

(2) 保险单;

(3) 保险金申请人的身份证明;

(4) 中华人民共和国境内(不包括港、澳、台地区)二级(含)及以上公立医院或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用收据及明细清单/帐、诊断证明、病历、出院小结等;

(5) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险或任何第三方包括任何商业医疗保险获得相关医疗费用补偿的，应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；

(6) 申请与重大疾病相关的保险金的，应提供专科医生出具的附有病历、必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明；

(7) 申请重大疾病异地转诊公共交通费用保险金的，应提供转出医院出具的转院证明、交通费用支出的正式发票或收据原件；

(8) 被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

6 保险合同解除

本保险合同成立后，除本保险合同另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单原件、保险费交付凭证和投保人身份证明。

本保险合同自本保险人接到保险合同解除申请书时终止。本保险人于接到保险合同解除申请书之日起三十日内向投保人退还本保险合同的现金价值；但若投保人在保险责任开始前就要求解除合同，则保险人全额退还已交纳的保险费。

7 争议处理和法律适用

7.1 争议处理

合同争议解决方式由当事人在合同约定时从下列两种方式中选择一种：

(一) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交保险单载明的仲裁委员会仲裁；

(二) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

7.2 法律适用及合法性保证

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

8 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

9 释义

9.1 周岁

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

9.2 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

(1) 猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

(2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

(3) 高原反应；

(4) 中暑；

(5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

9.3 等待期

是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间，经过该段时间后，保险人才对被保险人因疾病而发生的医疗费用承担保险责任。在此期间，尽管保险合同已经生效，被保险人已获得被保资格，但保险人并不承担给付保险金义务。

9.4 重大疾病¹

指符合下列定义的疾病或被保险人首次接受符合下列定义的手术：

(一) 恶性肿瘤——重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）**（见释义）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）（见释义）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）（见释义）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。下列疾病不属于本保险合同约定的“恶性肿瘤——重度”：

(1) ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a.原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b.交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

(2) TNM（见释义）分期为I期或更轻分期的甲状腺癌（见释义）；

(3) TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；

(4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

(5) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(6) 相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；

(7) 未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像 $<10/50$ HPF和 $ki-67 \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

(二) 较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

(1) 心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的15倍（含）以上；

(2) 肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的2倍（含）以上；

(3) 出现左心室收缩功能下降，在确诊6周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于50%（不含）；

(4) 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

(5) 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

¹释义9.4 重大疾病中，第1种至第28种疾病的名称和释义为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》中的疾病名称和释义；第29种至第100种疾病为保险人增加的疾病类型。

(6) 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不属于本保险合同约定的“较重急性心肌梗死”。

(三) 严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体（见释义）肌力（见释义）2级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失（见释义），或严重咀嚼吞咽功能障碍（见释义）；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（见释义）中的三项或三项以上。

(四) 重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

(五) 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不属于本保险合同约定的“冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）”。

(六) 严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病5期，且经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

(七) 多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

(八) 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
- (2) 肝性脑病；
- (3) B超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- (4) 肝功能指标进行性恶化。

(九) 严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不属于本保险合同约定的“严重非恶性颅内肿瘤”：

(1) 脑垂体瘤；
(2) 脑囊肿；
(3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

(十) 严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；
- (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒（见释义）或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

(十一) 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病180天后，仍遗留下述至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为3分；
- (4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(十二) 深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统96小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

(十三) 双耳失聪-3岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆（见释义）性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于等于91分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

(十四) 双目失明-3岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

- (1) 眼球缺失或摘除；
- (2) 矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于5度。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的双目失明诊断及检查证据。

(十五) 瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在2级（含）以下。

(十六) 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病,已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不属于本保险合同约定的“心脏瓣膜手术”。

(十七) 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失,临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等,其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实,并经相关专科医生确诊,且须满足下列至少一项条件:

(1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表(CDR, Clinical Dementia Rating)评估结果为3分;

(2) 自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不属于本保险合同约定的“严重阿尔茨海默病”。

(十八) 严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力,引起脑重要部位损伤,导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍,指脑损伤180天后,仍遗留下列至少一种障碍:

(1) 一肢(含)以上肢体肌力2级(含)以下;

(2) 语言能力完全丧失,或严重咀嚼吞咽功能障碍;

(3) 自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(十九) 严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病,临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等,经相关专科医生确诊,且须满足自主生活能力完全丧失,无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不属于本保险合同约定的“严重原发性帕金森病”。

(二十) 严重III度烧伤

指烧伤程度为III度,且III度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

(二十一) 严重特发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高,进行性发展而导致的慢性疾病,已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限,达到美国纽约心脏病学会(New York Heart Association, NYHA)心功能状态分级(见释义)IV级,且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg(含)以上。

(二十二) 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病,包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症,经相关专科医生确诊,且须满足下列至少一项条件:

(1) 严重咀嚼吞咽功能障碍;

(2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难, 且已经持续使用呼吸机7天(含)以上;
(3) 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(二十三) 语言能力丧失-3岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失, 经过积极治疗至少12个月(声带完全切除不受此时间限制), 仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上, 并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

(二十四) 重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少, 且须满足下列全部条件:

(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断: 骨髓细胞增生程度<正常的25%; 如 $\geq$ 正常的25%但<50%, 则残存的造血细胞应<30%;

(2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项:

①中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$;

②网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$;

③血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。

(二十五) 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤, 已经实施了开胸(含胸腔镜下)或开腹(含腹腔镜下)进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉(含胸主动脉和腹主动脉), **不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。**

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不属于本保险合同约定的“主动脉手术”。

(二十六) 严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭, 经过积极治疗180天后满足以下所有条件:

(1) 静息时出现呼吸困难;

(2) 肺功能第一秒用力呼气容积(FEV1)占预计值的百分比 $<30\%$;

(3) 在静息状态、呼吸空气条件下, 动脉血氧分压(PaO₂) $<50\text{mmHg}$ 。

(二十七) 严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎, 具有特征性的克罗恩病(Crohn病)病理组织学变化, 须根据组织病理学特点诊断, 且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

(二十八) 严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎, 病变已经累及全结肠, 表现为严重的血便和系统性症状体征, 须根据组织病理学特点诊断, 且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

(二十九) 严重多发性硬化

多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变, 病变有时累及灰质。多发性硬化必须明确诊断并由核磁共振(MRI)等影像学检验证实, 并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。

注: 此处永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列基本日常生活活动:

① 移动: 自己从一个房间到另一个房间;

② 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

(三十) 脊髓灰质炎后遗症

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。

本合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。

注：此处肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

(三十一) 重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件：

① 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；

② 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(三十二) 严重冠心病

指经根据冠状动脉造影检查结果明确诊断为主要血管严重狭窄性变形，需满足下列至少一项条件：

(1) 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞 75% 以上，另一支血管管腔堵塞 60% 以上；

(2) 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管堵塞 75% 以上，其他两支血管管腔堵塞 60% 以上。

前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本疾病的衡量指标。

(三十三) 严重心肌病

指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭（指按照美国纽约心脏协会心功能分类标准心功能达Ⅳ级），且有相关住院医疗记录及检查显示四级心功能衰竭状态持续至少 180 天。

继发于全身性疾病或其它器官系统疾病不属于本条所约定的严重心肌病；由于酒精和药物滥用造成的心肌病变不在保障范围内。

(三十四) 系统性红斑狼疮－Ⅲ型或以上狼疮性肾炎

是指由于病理性自身抗体和免疫复合物的沉积破坏了血管和细胞而导致的多系统损害的一种自体免疫性疾病。本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏病理检查或临床确诊，并符合下列世界卫生组织(WHO)诊断标准定义Ⅲ型至Ⅴ型狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其他系统的系统性红斑狼疮不包含在内。

世界卫生组织(WHO)狼疮性肾炎分型：

I 型	(微小病变型)镜下阴性，尿液正常
II 型	(系膜病变型)中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变
III 型	(局灶及节段增生型)蛋白尿，尿沉渣改变
IV 型	(弥漫增生型)急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征
V 型	(膜型)肾病综合征或重度蛋白尿

(三十五) 因职业关系导致的艾滋病病毒（HIV）感染

被保险人的职业归属于下列职业列表内的职业，在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上艾滋病病毒（HIV）。必须满足下列全部条件：

- ① 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生；
- ② 血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内；
- ③ 必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液艾滋病病毒（HIV）阴性和/或 HIV 抗体阴性；
- ④ 必须在事故发生后的 12 个月内证实被保险人体内存在艾滋病病毒（HIV）或者 HIV 抗体。

职业列表：

医生（包括牙医）、医院化验室工作人员、救护车工作人员、警察（包括狱警）、护士、医院护工、助产士、消防人员

注：

- ① 本疾病不受本保险合同 2.2 责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制；
- ② 保险人拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

（三十六）经输血感染艾滋病病毒（HIV）

是指被保险人感染上艾滋病病毒（HIV）并且符合下列所有条件：

- ① 在保障起始日之后，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染艾滋病病毒；
- ② 提供输血治疗的输血中心或医疗机构出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
- ③ 提供输血治疗的输血中心或医疗机构必须拥有合法经营执照；
- ④ 受感染的被保险人不是血友病患者；

注：

- ① 本疾病不受本保险合同 2.2 责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制；
- ② 保险人拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

（三十七）器官移植导致的 HIV 感染

指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV），且须满足下列全部条件：

- ① 在保障起始日或复效日之后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒；
- ② 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具该项器官移植感染，属于医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
- ③ 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

注：

- ① 本疾病不受本保险合同 2.2 责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制；
- ② 保险人拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

（三十八）胰岛素依赖型糖尿病（I 型糖尿病）

胰岛素依赖型糖尿病是由于胰岛素分泌不足引起的慢性血糖升高，并需持续性地依赖外源性胰岛素维持 180 天以上，须由内分泌专科医生确诊并在本保险合同保险责任有效期内，满足下述至少一个条件：

- ① 内分泌专科医生确认已出现增殖性视网膜病变；
- ② 须植入心脏起搏器治疗心脏病；
- ③ 因坏疽需切除一只或以上脚趾。

（三十九）肺源性心脏病

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能

IV级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

(四十) 植物人状态

指脑皮质广泛性坏死而导致对自身及周边的认知能力完全丧失,但脑干功能依然存在, 必须经神经科专科医生明确诊断,并有头颅断层扫描 (CT), 核磁共振检查 (MRI) 或正电子发射断层扫描 (PET) 等影像学检查证实。

上述情况必须有至少一个月的病历记录加以证实。

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在保障范围内。

(四十一) 严重类风湿性关节炎

指广泛分布的慢性进行性多关节病变, 表现为关节严重变形, 侵犯至少三个主要关节 (腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节) 或关节组 (如手的多个指间、掌指关节, 足的多个足趾、跖趾关节等), 并已达到类风湿性关节炎功能分类IV级的永久不可逆性关节功能障碍, 且须满足下列全部条件:

- ① 晨僵;
- ② 对称性关节炎;
- ③ 类风湿性皮下结节;
- ④ 类风湿因子滴度升高;
- ⑤ X线显示严重的关节 (软骨和骨) 破坏和关节畸形。

(四十二) 非阿尔茨海默病所致严重痴呆

指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆, 临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上, 日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断, 并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症和精神疾病不在本保障范围内。

(四十三) 多处臂丛神经根性撕脱

由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱, 所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。

该病须有电生理检查结果证实。

(四十四) 严重哮喘 (25 周岁前理赔)

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病, 必须同时符合下列标准:

- ① 过去两年中曾因哮喘持续状态住院治疗, 并提供完整住院记录;
- ② 因慢性过度换气导致胸廓畸形;
- ③ 在家中需要医生处方的氧气治疗法;
- ④ 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月;
- ⑤ 被保险人申请理赔时年龄必须在年满 25 周岁之前。

(四十五) 严重川崎病

是指原因不明的系统性血管炎, 本病须满足下列全部条件:

- ① 超声心动图显示川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常;
- ② 已接受了针对川崎病并发冠状动脉瘤或其他心血管异常所进行的手术治疗。

(四十六) 严重系统性硬皮病

指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本病须满足下列至少一项条件:

- ① 肺脏: 肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压;
- ② 心脏: 心功能受损达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级;
- ③ 肾脏: 肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭, 达到尿毒症期。

下列疾病不属于本条所约定的严重系统性硬皮病:

- ① 局限性硬皮病 (如: 带状硬皮病、硬斑病);
- ② 嗜酸性粒细胞性筋膜炎;
- ③ CREST 综合征。

(四十七) 丝虫病所致象皮肿

指因丝虫感染导致淋巴出现阻塞性严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第Ⅲ期，临床表现为肢体象皮肿，罹患肢较健肢增粗 30%以上，日常生活不能自理。

此病症须根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

(四十八) 胰腺移植

指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术（供体必须是人体器官）。

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不属于本条所约定的胰腺移植。

(四十九) 急性坏死性胰腺炎开腹手术

指为治疗急性坏死性胰腺炎，实际实施了开腹进行的坏死组织清除术、病灶切除术或胰腺部分切除术。

因酒精作用所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

(五十) 慢性复发性胰腺炎

指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍，出现严重糖尿病和营养不良。必须满足以下所有条件：

- ① CT 显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；
- ② 接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗 180 天以上。

因酒精作用所致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。

(五十一) 疯牛病

是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。

本病须根据 WHO 诊断标准明确诊断，并且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(五十二) 肾髓质囊性病

肾髓质囊性病的诊断必须同时符合下列要求：

- ① 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变；
- ② 贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现；
- ③ 诊断须由肾组织活检确定。

(五十三) 严重的原发性硬化性胆管炎

原发性硬化性胆管炎指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆管因非细菌性炎症、慢性纤维化逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为胆汁淤积性肝硬化。须满足下列全部条件：

- ① 持续性黄疸病史；
- ② 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP > 200U/L；
- ③ 经内镜逆行胰胆管造影（ERCP）影像学检查确诊；
- ④ 出现胆汁淤积性肝硬化或门脉高压。

因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不属于本条所约定的严重的原发性硬化性胆管炎。

(五十四) 特发性慢性肾上腺皮质功能减退

指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件：

- ① 必须符合所有以下诊断标准：
 - i 血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平 > 100pg/ml；
 - ii 血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定结果显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；
 - iii 促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；
- ② 已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上。

肾上腺结核、HIV 感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质

功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不属于本条所约定的特发性慢性肾上腺皮质功能减退。

(五十五) 溶血性链球菌引起的坏疽

包围肢体或躯干的浅筋膜和/或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，必须立刻进行手术及清创术。

最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。

(五十六) 颅脑手术

被保险人确已实施全麻下的开颅手术（以切开硬脑膜为准）（不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术）。

理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。

因外伤而实施的脑外科手术不属于本条所约定的颅脑手术。

(五十七) 严重肌营养不良症

指一组原发于肌肉的遗传性疾病，临床表现为与神经系统无关的骨骼肌肉对称地进行性无力和萎缩。且须满足下列全部条件：

- ① 肌电图显示典型肌营养不良症的阳性改变；
- ② 肌肉组织活检的病理学诊断符合肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；
- ③ 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

注：严重肌营养不良症不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“（8）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制；

(五十八) 严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。必须满足所有以下条件：

- ① 心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能Ⅳ级，或左室射血分数低于 30%；
- ② 持续不间断 180 天以上；
- ③ 被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

(五十九) 肝豆状核变性(或称 Wilson 病)

指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件：

- ① 典型症状；
- ② 角膜色素环（K-F 环）；
- ③ 血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；
- ④ 经皮做肝脏活检来定量分析肝脏铜的含量。

注：肝豆状核变性(或称 Wilson 病) 不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“（8）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制；

(六十) 侵蚀性葡萄胎

该类疾病是指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的。

(六十一) 破裂脑动脉瘤夹闭手术

指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅动脉瘤夹闭手术。

脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不属于本条所约定的破裂脑动脉瘤夹闭手术。

(六十二) 需手术切除的嗜铬细胞瘤

是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，需要并实际进行了手术切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。

(六十三) 进行性核上性麻痹 (Steele-Richardson-Olszewski 综合征)

进行性核上性麻痹（PSP）又称 Steele-Richardson-Olszewski 综合征，是一种少见的神经系统变性疾病，以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。PSP 必须由神经内科专科医生确诊，并且被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(六十四) 范可尼综合征

也称 Fanconi 综合征，指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须满足下列至少三项条件：

- ① 尿液检查出现肾性糖尿、全氨基酸糖尿或磷酸盐尿；
- ② 血液检查出现低磷血症、低尿酸血症或近端肾小管酸中毒；
- ③ 出现骨质疏松、骨骼畸形或尿路结石；
- ④ 通过骨髓片、白细胞、直肠黏膜中的结晶分析或裂隙灯检查角膜有胱氨酸结晶。

(六十五) 严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，必须满足以下所有条件：

- ① 至少切除了三分之二小肠；
- ② 完全肠外营养支持 3 个月以上。

(六十六) 严重瑞氏综合征 (Reye 综合征，也称赖氏综合征、雷氏综合征)

瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等等。

瑞氏综合征需由儿科专科医生确诊，并符合下列所有条件：

- ① 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；
- ② 血氨超过正常值的 3 倍；
- ③ 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第 3 期。

(六十七) 严重自身免疫性肝炎

自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足所有以下条件：

- ① 高 γ 球蛋白血症；
- ② 血液中存在高水平的自身免疫抗体，如 ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、抗 LKM1 抗体或抗-SLA/LP 抗体；
- ③ 肝脏活检证实免疫性肝炎；
- ④ 临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。

(六十八) 严重的 度房室传导阻滞

指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的传导性心脏病，须满足下列所有条件：

- ① 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率 < 40 次/分钟；
- ② 动态心电图显示至少 3 秒的 RR 间期；
- ③ 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；
- ④ 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置永久性心脏起搏器。

(六十九) 细菌性脑脊髓膜炎

指因细菌引起脑和脊髓的脑脊膜炎性感染，经脑脊液细菌学检查确诊，且导致永久性神经损伤。永久性神经损伤是指经神经科专科医生明确诊断，遗留下列残疾之一而无法复原并持续达 180 天以上者：

- ① 符合神经精神病学标准的严重认知功能障碍，而需持续监护；
- ② 听力丧失或失明；
- ③ 语言机能丧失；
- ④ 肌体功能障碍，导致自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(七十) 严重感染性心内膜炎

指因细菌、真菌和其他微生物（如病毒、立克次体、衣原体、螺旋体等）直接感染而产生心瓣膜或心室壁内膜的炎症，须经心脏专科医生确诊，并符合以下所有条件：

- ① 血液培养测试结果为阳性，并至少符合以下条件之一：
 - i 微生物：在赘生物、栓塞的赘生物或心脏内脓疡经培养或组织检查证实有微生物；
 - ii 病理性病灶：组织病理学检查证实赘生物或心脏内脓疡有活动性心内膜炎；
 - iii 分别两次血液培养证实有典型的病原体且与心内膜炎吻合；
 - iii 持续血液培养证实有病原体阳性反应，且与心内膜炎吻合。
- ② 心内膜炎引起中度心瓣膜闭锁不全（指返流分数 20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的 30%）；
- ③ 心内膜炎及心瓣膜病损须经心脏专科医生确诊。

(七十一) 严重的骨髓增生异常综合征

骨髓增生异常综合征（myelodysplastic syndromes, MDS）是起源于造血干细胞的一组异质性髓系克隆性疾病，特点是髓系细胞发育异常，表现为无效造血、难治性血细胞减少，本合同所指的严重的骨髓异常增生综合征需满足下列所有条件：

- ① 由血液科专科的主治级别以上的医生确诊；
 - ② 骨髓涂片检查同时符合发育异常细胞比例 > 10%、原始细胞比例 > 15%；
 - ③ 已接受至少累计 30 日的化疗或已接受骨髓移植治疗。
- 化疗日数的计算以被保险人实际服用、注射化疗药物的天数为准。

(七十二) 严重癫痫

本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影相学检查做出。

理赔时必须提供 6 个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不属于本条所约定的严重癫痫。

(七十三) 心脏粘液瘤开胸切除术

指经我们认可医院的医生明确诊断为心脏粘液瘤，并且实际实施了开胸打开心脏进行的心脏粘液瘤切除手术。

(七十四) 肺淋巴管肌瘤病

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，同时需满足下列条件：

- ① 经组织病理学诊断；
- ② CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
- ③ 血气提示低氧血症，动脉血氧分压（PaO₂）持续 < 50mmHg。

(七十五) 肺泡蛋白质沉积症

指肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病，胸部 X 线呈双肺弥漫性肺部磨玻璃影，病理学检查肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质，并且接受了肺灌洗治疗。

(七十六) 胆道重建手术

指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。此手术必须由专科医生认为是医学上必需的情况下进行。

因胆道闭锁接受胆道重建手术不属于本保险合同约定的“胆道重建手术”。

(七十七) 疾病或外伤所致智力障碍

因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）。根据

智商 (IQ) 监测分类, 智力低常分为轻度 (IQ50-70); 中度 (IQ35-50); 重度 (IQ20-35) 和极重度 (IQ < 20)。智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行, 心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表 (儿童智力量表或成人智力量表) 理赔时必须满足下列全部条件:

- ① 造成被保险人智力低常 (智力低于常态) 的严重头部创伤或疾病 (以入院日期为准) 发生在被保险人 6 周岁以后;
- ② 儿科专科医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常;
- ③ 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常 (轻度、中度、重度或极重度);
- ④ 被保险人的智力低常自确认日起持续 180 天以上。

(七十八) 骨生长不全症 型成骨不全

指一种胶原病, 特征为骨易碎, 骨质疏松和易骨折。该病有 4 种类型: I 型、II 型、III 型、IV 型; 本合同只保障 III 型成骨不全的情形。其主要临床特点有: 发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III 型成骨不全的诊断必须根据身体检查, 家族史, X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。

(七十九) 严重面部烧伤

指面部烧伤程度为 III 度, 且 III 度烧伤的面积达到面部表面积的 80% 或者 80% 以上, 体表面积根据《中国新九分法》计算。

(八十) 亚急性硬化性全脑炎

是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢性感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足以下所有条件:

- ① 脑电图存在周期性复合波、脑脊液 γ 球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高;
- ② 被保险人出现运动障碍, 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(八十一) 脊髓小脑变性症

指一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须符合所有以下条件:

- ① 脊髓小脑变性症必须由神经科专科医生确诊, 并有以下全部证据支持:
 - i 影像学检查证实存在小脑萎缩;
 - ii 临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常。
- ② 被保险人运动功能严重障碍, 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(八十二) 进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘性脑病, 常常发生于免疫缺陷的病人。此症必须由神经科专科医生根据脑组织活检确诊。

(八十三) 弥漫性血管内凝血

指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血, 此症必须已经达到临床分期的中期 (消耗性低凝期) 或后期 (继发性纤溶亢进期), 需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。

(八十四) 失去一肢及一眼

因疾病或受伤导致不可复原及永久性完全丧失:

- ① 一眼视力;
- ② 任何一肢于腕骨或踝骨部位或以上切断。

(八十五) 独立能力丧失

指疾病或外伤造成被保险人至少持续 6 个月以上完全无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(八十六) 溶血性尿毒症综合征

一种由于感染导致的急性综合征, 引起红细胞溶血, 肾功能衰竭及尿毒

症。溶血性尿毒症综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，并且符合所有以下条件：

- ① 实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；
- ② 因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

任何非因感染导致的溶血性贫血，如：自身免疫性溶血性贫血、与红细胞膜缺陷有关的溶血性贫血、红细胞酶病、血红蛋白病等，不属于本条所约定的溶血性尿毒症综合征。

(八十七) 神经白塞病

白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，并可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。

注：此处永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续 180 天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

- ① 移动：自己从一个房间到另一个房间；
- ② 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

(八十八) 埃博拉病毒感染

受埃博拉病毒感染导致出血性发热，且必须符合所有以下条件：

- ① 埃博拉病必须经传染病专科医生确诊；
- ② 埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实；
- ③ 该病必须从症状开始后 30 天后持续出现并发症。

(八十九) 主动脉夹层血肿

指主动脉壁在受到某些病理因素的破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需通过 X 线断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查，并且实施了胸腹切开的直视主动脉手术。

(九十) 重症急性坏死性筋膜炎

是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。必须满足以下所有条件：

- ① 细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；
- ② 病情迅速恶化，有脓毒血症表现；
- ③ 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

(九十一) 骨髓纤维化

原发性骨髓纤维化为原因不明的骨髓中成纤维细胞增殖，伴有髓外造血，表现为进行性贫血、脾肿大等症状。本疾病须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由医院血液科专科医生明确诊断，并至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续 180 天及以上，并已经实际实施了针对此症的治疗：

- ① 血红蛋白 $< 100\text{g/L}$ ；
- ② 白细胞计数 $> 25 \times 10^9/\text{L}$ ；
- ③ 外周血原始细胞 $\geq 1\%$ ；
- ④ 血小板计数 $< 100 \times 10^9/\text{L}$ 。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不属于本条所约定的骨髓纤维化。

(九十二) 严重慢性缩窄性心包炎

由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下所有条件：

- ① 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，并持续 180 天以上；
- ② 实际接收了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术；手术路径：

胸骨正中切口；双侧前胸切口；左前胸肋间切口。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不属于本条所约定的手术。

(九十三) 主动脉夹层瘤

指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。在本定义中，主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由检验结果证实，检验包括电脑扫描，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。

(九十四) 严重大动脉炎

指医院心脏或血管外科专科医生确诊的大动脉炎，须满足下列全部条件：

- ① 红细胞沉降率及C反应蛋白高于正常值；
- ② 超声检查、CTA检查或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄。

(九十五) 严重结核性脑膜炎

由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：

- ① 出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；
- ② 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；
- ③ 昏睡或意识模糊；
- ④ 视力减退、复视和面神经麻痹。

(九十六) 重症手足口病

由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。经确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一项并发症：

- ① 有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；
- ② 有肺炎或肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；
- ③ 有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

(九十七) 严重甲型及乙型血友病

被保险人必须是患上严重甲型血友病（缺乏Ⅷ凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏Ⅸ凝血因子），而凝血因子Ⅷ或凝血因子Ⅸ的活性水平少于百分之一。诊断必须由医院的血液病专科医生确认。

注：严重甲型及乙型血友病不受本保险条款“2.2 责任免除”中“2.2.1”、“（8）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制；

(九十八) 艾森门格综合症

因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。诊断必须由心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下所有标准：

- ① 平均肺动脉压高于 40mmHg；
- ② 肺血管阻力高于 3mm/L/min（Wood 单位）；
- ③ 正常肺微血管楔压低于 15mmHg。

(九十九) 湿性年龄相关性黄斑变性

又称为新生血管性年龄相关性黄斑变性或“渗出性”年龄相关性黄斑变性，发生脉络膜新生血管（CNV）异常生长穿透玻璃膜进入视网膜，新生血管渗漏，渗出及出血。该病必须由荧光素眼底血管造影检查提示黄斑区新生血管形成，并且必须由医院的眼科专科医生确诊为湿性年龄相关性黄斑变性。

被保险人申请理赔时须提供近 3 个月内视力改变显示病情恶化的相关检查报告、诊断证明及病历报告。

(一百) 严重肾上腺脑白质营养不良

肾上腺脑白质营养不良是一种脂质代谢障碍，由于体内缺乏过氧化物酶而致长链脂肪酸在体内沉淀，造成脑白质和肾上腺皮质破坏。主要表现为情感障碍、运动功能障碍、肾上腺皮质功能减退等。须已经造成自主生活能力

完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，持续至少 180 天。

9.5 医院、医疗机构

本保险合同约定的医院或医疗机构是指符合下列所有条件的机构：

- (1)拥有合法经营执照；
- (2)设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
- (3)有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；
- (4)非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

9.6 必需且合理

指同时符合以下两个条件：

1.符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2.医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- (1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 由医生开具的处方药；
- (4) 非试验性的、非研究性的项目；
- (5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

9.7 社会基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。如《社会保险法》重新修订，则以最新修订版本的规定为准。

9.8 住院

是指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程；**被保险人必须连续留院 24 小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，但住院并不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。**

9.9 床位费

指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（**不包括单人病房、套房、家庭病床等病床的费用**）。

9.10 加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定赔偿其合法监护人（限 1 人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定赔偿其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

9.11 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并 in 病房费等其他款项内。

9.12 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

9.13 检查检验费

指实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X光费、CT费、磁共振费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、活检费、穿刺费、造影费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

9.14 治疗费

以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生的技术劳务费、医疗器械使用费及消耗的费用，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

9.15 药品费

指实际发生的合理且必要的、由医生开具的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：

- 1.主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；
- 2.部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；
- 3.用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

9.16 手术费

根据当地卫生行政部门规定的手术项目的费用，包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费和手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

其中手术限于被保险人因疾病或意外伤害住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行手术。

9.17 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

9.18 恶性肿瘤——轻度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- （1）TNM分期为I期的甲状腺癌；
- （2）TNM分期为T1N0M0期的前列腺癌；
- （3）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- （4）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- （5）相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
- （6）未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像 $<10/50$ HPF和ki-67 $\leq 2\%$ ）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”：

ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a.原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b.交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

9.19 化学疗法

指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

9.20 放射疗法

指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

9.21 肿瘤免疫疗法

指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

9.22 肿瘤内分泌疗法

指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

9.23 肿瘤靶向疗法

指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

9.24 专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- (1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- (2) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- (3) 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- (4) 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

9.25 发病及首次发病

发病，是指被保险人出现本保险合同 9.4 条所约定的疾病或需接受本保险合同 9.4 条所列手术的前兆、症状或异常的身体状况，或已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

首次发病，是指被保险人第一次发生并首次被确诊患上本合同约定的重大疾病，并且该疾病在等待期内并未发病或有任何症状；或被保险人第一次接受本合同约定的手术，并且在等待期内被保险人没有发生该手术所治疗的疾病或其症状。

9.26 客运公共交通

民航班机：本保险合同所指民航班机为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运

为目的的飞机；

火车：本保险合同所指火车为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的火车（含地铁、轻轨、动车、其他高速列车）；

轮船：本保险合同所指轮船为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的轮船；

合法商业运营的客运汽车：本保险合同所指汽车为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的公共汽车（含电车）。

9.27 大病保险

指城乡居民大病保险、城镇职工大病保险。

9.28 免赔额

本保险合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。但通过社会基本医疗保险、公费医疗保险和大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

9.29 既往症

指在被保险人获得被保资格之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于以下情况：

1. 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
3. 被保险人获得被保资格前，已向医生寻求治疗或诊断，医生尚未明确诊断，且症状未完全消失；
4. 被保险人获得被保资格前已发生或存在的症状，虽未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通人士引起注意并因该症状在获得被保资格后寻求诊断、治疗或护理。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本保险合同约定的既往症。

9.30 遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

9.31 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

9.32 保健

指为保护和增进人体健康、防止发生疾病而所采取的综合性措施。

9.33 酒后驾驶

指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。

9.34 无有效驾驶证

指驾驶人员有下列情形之一者：

- （1）无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- （2）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （3）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶机动车牵引挂车；

(4) 持未按约定审验的驾驶证, 以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车;

(5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证, 驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书;

(6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关约定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

9.35 无有效行驶证

发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌, 或行驶证不在有效期内, 或该机动车未按规定检验或检验不合格。

9.36 高风险运动

指运动风险等级高、极易发生人身伤害的运动, 包括潜水、滑水、滑雪、滑冰、跳伞、热气球运动、滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车、驾驶卡丁车、蹦极及保险单载明的其他运动。其中:

潜水: 指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动, 但穿着救生衣在水面进行的浮潜活动除外。

热气球运动: 指乘热气球升空飞行的体育活动。

攀岩活动: 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

探险活动: 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险, 而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、非固定路线徒步、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

武术比赛: 指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

特技: 指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

9.37 感染艾滋病病毒或患艾滋病

(1) 艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒, 英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征, 英文缩写为 AIDS。

(2) 在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性, 没有出现临床症状或体征的, 为感染艾滋病病毒; 如果同时出现了明显临床症状或体征的, 为患艾滋病。

9.38 职业病

指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中, 因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

9.39 医疗事故

指医疗机构及其医务人员在医疗活动中, 违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规, 过失造成患者人身损害的事故。

9.40 挂床住院

指办理正式住院手续的被保险人, 在住院期间每日非 24 小时在床、在院, 包括在住院期间连续若干日无任何治疗, 只发生护理费、诊疗费、床位费的情况。

9.41 保险费约定支付日

指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日, 则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为 2017 年 6 月 8 日, 则次月的保险费约定支付日为 2017 年 7 月 8 日, 以此类推, 则最后一个月的保险费约定支付日为 2018 年 5

月 8 日。

9.42 现金价值

除另有约定外，按下述公式计算现金价值：

(1) 若选择年交保险费，现金价值=净保费 $\times (1-m/n)$ ，其中， m 为已生效天数， n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

(2) 若选择分期交付保险费，现金价值=当期净保险费 $\times (1-m/n)$ ，其中， m 为当期已生效天数， n 为当期天数，经过天数不足一天按一天计算。**未交纳当期保险费的，现金价值为零。**

9.43 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

9.44 保险金申请人

除另有约定外，本保险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

9.45 组织病理学检查

组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

9.46 ICD-10 与 ICD-O-3

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版 (ICD-10)，是世界卫生组织 (WHO) 发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版 (ICD-O-3)，是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

9.47 TNM 分期

TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

9.48 甲状腺癌的 TNM 分期

甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准，具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT X：原发肿瘤不能评估

pT 0：无肿瘤证据

pT 1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径 $\leq 2\text{cm}$

T 1a 肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T 1b 肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$ ， $\leq 2\text{cm}$

pT 2：肿瘤 $2 \sim 4\text{cm}$

pT 3：肿瘤 $> 4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT 3a：肿瘤 $> 4\text{cm}$ ，局限于甲状腺内

pT 3b : 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小
带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT 4 : 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT 4a : 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT 4b : 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT X : 原发肿瘤不能评估

pT 0 : 无肿瘤证据

pT 1 : 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 $\leq 2\text{cm}$
T 1a 肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$
T 1b 肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$

pT 2 : 肿瘤 2 ~ 4cm

pT 3 : 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT 3a : 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内

pT 3b : 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小
带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT 4 : 进展期病变

pT 4a : 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT 4b : 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN x : 区域淋巴结无法评估

pN 0 : 无淋巴结转移证据

pN 1 : 区域淋巴结转移

pN 1a : 转移至 VI、VII 区 (包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔) 淋巴结, 可以为单侧或双侧。

pN 1b : 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移 (包括 I、II、III、IV 或 V 区) 淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移: 适用于所有甲状腺癌

M 0 : 无远处转移

M 1 : 有远处转移

乳头状或滤泡状癌 (分化型)			
年龄 < 55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄 ≥ 55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1 ~ 2	1	0
	3a ~ 3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 期	任何	任何	1

髓样癌（所有年龄组）			
I 期	1	0	0
II 期	2 ~ 3	0	0
III 期	1 ~ 3	1a	0
IVA 期	4a	任何	0
	1 ~ 3	1b	0
IVB 期	4b	任何	0
IVC 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA 期	1 ~ 3a	0/x	0
IVB 期	1 ~ 3a	1	0
	3b ~ 4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

9.49 肢体

肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

9.50 肌力

指肌肉收缩时的力量。肌力划分为 0-5 级，具体为：

- 0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。
- 1 级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。
- 2 级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。
- 3 级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。
- 4 级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。
- 5 级：正常肌力。

9.51 语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍

语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

严重咀嚼吞咽功能障碍，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

9.52 六项基本日常生活活动

六项基本日常生活活动是指：(1) 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；(2) 移动：自己从一个房间到另一个房间；(3) 行动：自己上下床或上下轮椅；(4) 如厕：自己控制进行大小便；(5) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；(6) 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

9.53 酗酒

是指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失造成自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精过量由医疗机构或公安部门判定。

9.54 永久不可逆

指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

9.55 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级

美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为

四级:

I 级: 心脏病病人日常活动量不受限制, 一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

II 级: 心脏病病人体力活动轻度受限制, 休息时无自觉症状, 一般活动下可出现心衰症状。

III 级: 心脏病病人体力活动明显受限, 低于平时一般活动即引起心衰症状。

IV 级: 心脏病病人不能从事任何体力活动, 休息状态下也存在心衰症状, 活动后加重。